

TRAITEMENT DU PSORIASIS (II)

Prescrire les traitements locaux dans le psoriasis

Les traitements locaux du psoriasis sont nombreux et généralement suffisants pour traiter les formes modérées de la maladie.

Les dermocorticoïdes sont particulièrement utilisés et efficaces, mais leur possible passage systémique rend nécessaire de connaître les quantités maximales à ne pas dépasser dans leur prescription.

Gérard Lorette, Valérie Fontès

Les traitements locaux du psoriasis ont l'avantage d'entraîner peu de retentissement systémique et de mettre les médicaments au contact même des lésions. Leurs inconvénients résident dans une efficacité jugée moindre que les traitements généraux et surtout dans les contraintes plus ou moins importantes liées à la présence de corps gras et parfois odorant. Cependant, les traitements locaux du psoriasis ont beaucoup progressé ces dernières années avec, en particulier, l'utilisation de la vitamine D3 et du tazarotène.

AVANT DE PRESCRIRE

Les traitements locaux peuvent être utilisés seuls ou associés à des traitements généraux. Leur prescription doit s'appuyer sur un interrogatoire assez détaillé, précisant en particulier les traitements déjà utilisés et les raisons de leurs échecs éventuels. Certains malades sont opposés à l'utilisation des dermocorticoïdes, et il faut à chaque fois essayer de comprendre pourquoi.

Il n'y a pas de contre-indications particulières aux traitements locaux. Mais la peau atteinte dans le psoriasis est particulièrement perméable, et il y a un risque systémique si l'on traite des surfaces importantes de façon prolongée. Ce risque est important chez les enfants. Il n'y a pas de surveillance biologique particulière, mais plutôt la nécessité d'une estimation des quantités utilisées, avec des maximums à ne pas dépasser pour les produits les plus récents.

Une large panoplie de médicaments

Les kératolytiques, en particulier les formulations comportant de l'acide salicylique, sont utilisés depuis très longtemps dans le psoriasis en raison de la prolifération excessive kératinocytaire qui caractérise cette maladie.

Les analogues de la vitamine D3, calcipotriol (Daivonex), tacalcitol (Apsor), calcitriol (Silkis) inhibent la prolifération et favorisent la différenciation des kératinocytes. Ils peuvent être utilisés en une ou deux applications par jour, respectant le visage. Leur efficacité est comparable à celle

* Service de dermatologie, CHU Trousseau, 37044 Tours Cedex 01 ; Mél : lorette@med.univ-tours.fr

CE QUI EST NOUVEAU

On connaît de mieux en mieux les possibilités d'associations de plusieurs produits. Les immunosuppresseurs généraux, les dérivés de la vitamine D localement, ainsi que les rétinoïdes locaux sont des progrès. Les traitements rotationnels cherchant une bonne efficacité et des effets secondaires minimisés s'adressent aussi aux traitements locaux.

des dermocorticoïdes, ¹ la quantité maximale recommandée est de 100 g de pommade (0,05 %) par semaine.

Le *tazarotène* (Zorac) est un rétinoïde qui agit sur les kératinocytes en diminuant leur prolifération et en restaurant leur différenciation ; il a aussi une activité anti-inflammatoire. Il se présente sous forme de gel à 0,05 % et 0,1 % à appliquer une fois par jour. Il est irritant, responsable d'érythème et de prurit, ce qui conduit souvent à l'utiliser en alternance avec un dermocorticoïde. La quantité maximale recommandée est de 1 tube à 60 g de gel pour 17 jours de traitement.

Les *dermocorticoïdes* sont aussi utilisés lorsqu'il existe une inflammation (v. tableau).

L'utilisation des *immunosuppresseurs locaux* est actuellement expérimentée, les études en cours sont nombreuses, mais pour la plupart on est encore loin d'une utilisation en pratique courante ; ² les études, sauf peut-être pour le tacrolimus, concernent surtout les traitements généraux.

Certains traitements locaux sont d'utilisation plus rare mais utile dans certaines indications : 1. le dithranol (Anaxéryl) parce qu'il est irritant ; 2. la chlormétine (Caryolysine) utilisée par voie locale, diluée, entraîne malheureusement assez rapidement une sensibilisation, empêchant la poursuite de son utilisation ; 3. les pansements occlusifs avec un pansement hydrocolloïde (Duoderm) utilisé seul ou avec un dermocorticoïde, à changer une fois semaine ; 4. le laser excimer qui supprime les lésions chroniques ayant résisté au traitement ; 5. les goudrons ne sont plus utilisés actuellement en raison de leur odeur et aussi de leur caractère mutagène et carcinogène, bien que l'expérience clinique, très ancienne, n'ait pas confirmé ces craintes. Nous n'avons pas retenu dans ce chapitre les traitements par ultraviolets, seuls ou associés à un produit photosensibilisant.

De nombreuses études ont été conduites pour comparer les différents traitements topiques ; il n'en ressort une efficacité nettement supérieure pour aucun des traitements testés. ³ Les traitements récents ont l'avantage d'une meilleure acceptabilité. Certains médicaments peuvent être associés ou utilisés selon une chronologie particulière. Il y a aussi des médicaments « de crise » à utiliser lors des poussées, traitements généraux ou locaux dermocorticoïdes, et des médicaments d'entretien (rétinoïdes locaux, dérivés de la vitamine D). Afin de diminuer les effets secondaires, on peut alterner ces traitements sur des périodes plus ou moins longues (traitements dits rotationnels).

COMMENT LES PRESCRIRE ?

Psoriasis modéré : surtout les dermocorticoïdes

Les kératolytiques locaux ont une utilité, le but étant de faire disparaître la composante squameuse des lésions. Les préparations salicylées à 5 ou 10 % sont utilisables chez l'adulte, à condition que les lésions soient peu étendues afin de limiter le risque d'acidose métabolique par absorption de l'acide salicylique. Sur le cuir chevelu, l'excipient doit être hydrosoluble (onguent de La Roche-Posay Solucire). Chez les petits enfants, il faut éviter l'acide salicylique et le remplacer par de l'urée en préparation à 5 ou 10 %.

Les dermocorticoïdes ont un effet important à ce stade. Il faut tenir compte des excipients – la pommade est préférable pour le psoriasis –, et du niveau anti-inflammatoire, en utilisant un corticoïde de classe II en général sur le corps, mais parfois de classe I en début de traitement.

Les dérivés de la vitamine D et les rétinoïdes locaux (Zorac) ont une utilité à condition de comprendre que, associés à d'autres traitements locaux ou généraux, ils ont un rôle d'appoint.

Les traitements locaux que nous avons indiqués ne nécessitent pas de surveillance allergique particulière.

Psoriasis important : en complément du traitement par voie générale

Un traitement général est nécessaire ; le but du traitement local est de préparer le terrain en permettant par exemple un décapage plus rapide de la couche squameuse. Les kératolytiques et les dermocorticoïdes conservent leur importance, mais à ce stade ils ne suffisent plus. Il faut donc les utiliser en complément d'un traitement général ou d'autres traitements locaux. On a montré que le calcipotriol permet une épargne du méthotrexate utilisé concomitamment. ⁴

Classification des dermocorticoïdes selon le degré d'activité inflammatoire

CLASSE	DCI	NOM COMMERCIAL
I : très fort	> propionate de clobétasol > dipropionate de bétaméthasone	Dermoval
II : fort	> valérate de bétaméthasone > dipropionate de bétaméthasone > valérate de diflucortolone	Betnéval Diprosone Nérisone
III : assez fort	> acломétasone > désônide	Aclosone Locapred Tridésonit
IV : modéré	> hydrocortisone	Hydrocortisone Astier

Tableau 1 DCI : dénomination commune internationale.

POUR LA PRATIQUE

Il importe que les traitements locaux soient parfaitement compris. Prenons l'exemple des dermocorticoïdes pour un psoriasis modéré. Le prescripteur doit être précis en indiquant les conditions d'application :

- mettre une quantité suffisante, étaler mais ne pas « masser », ce qui risquerait d'émulsifier la préparation ;
- appliquer deux fois par jour pendant une période déterminée (10 à 20 jours) puis arrêter brutalement (une dégression lente laisse souvent croire que cette modalité thérapeutique est inefficace si une rechute se produit pendant la décroissance) ;
- préférer la forme pommade qui permet une meilleure hydratation de la couche cornée ; il n'est pas très grave que les doses utilisées soient importantes au début ; en entretien, il vaut mieux utiliser les autres traitements (rétinoïdes locaux, dérivés de la vitamine D), en reprenant, si nécessaire, de temps à autre un traitement par corticoïdes locaux.

La chlorméthine locale (Caryolysine) est un excellent traitement. Elle agit aussi bien sur les lésions cutanées que sur les lésions du cuir chevelu. Ce produit est dilué puis appliqué au pinceau ou avec des compresses sur l'ensemble du corps, sauf le visage. Les lésions du cuir chevelu sont une excellente indication. Le problème est l'existence fréquente d'une allergie : il faut donc faire un test au départ, et arrêter tout de suite le traitement si une inflammation est observée.

Les dermocorticoïdes peuvent être appliqués sous occlusion. L'application se fait le soir, toutes les lésions sont couvertes d'un film plastique (type Celofrais) jusqu'au lendemain matin. Une douche ou un bain permet d'éliminer le dermocorticoïde. En général, on traite le corps en 3 fois, pendant 3 jours pour chaque tiers.

Que faire dans les localisations particulières ?

Le psoriasis des plis est caractérisé par des infections fréquentes, une macération, une intolérance fréquente aux traitements topiques. Les dermocorticoïdes en crème, de classe III, sont un traitement souvent satisfaisant ; le tacrolimus peut être utilisé aussi dans cette indication.⁵

L'atteinte du cuir chevelu est fréquente et difficile à traiter. Les dérivés de la vitamine D3, en particulier le calcipotriol, disponible en lotion, ont une efficacité modérée dans cette localisation ; ils peuvent être associés aux dermocorticoïdes. Les dermocorticoïdes doivent être utilisés au début de façon intensive : corticoïdes de classe I, une application par jour, par exemple clobétasol crème (Dermoval)[®] toutes les nuits, puis de façon dégressive sur un an. Une lotion corticoïde de classe III peut être associée le matin.

Le psoriasis des ongles peut être traité par un dermocorticoïde fort sous occlusion, avec un résultat souvent incomplet. Un essai a montré l'utilité dans cette indication de la ciclosporine en préparation topique.

La localisation au visage est rare chez l'adulte. Les dermocorticoïdes sont utilisés, corticoïdes de classe III, en application biquotidienne. Le tacrolimus constitue sans doute une alternative précieuse dans cette localisation.

Psoriasis diffus : pas d'utilité

En cas de psoriasis diffus ou érythrodermique, voire pustuleux, les traitements locaux n'ont plus beaucoup d'utilité, ils peuvent même aggraver les lésions. Les traitements généraux sont donc en première ligne. À vrai dire, peu de topiques sont supportés à ce stade, à l'exception de l'éosine à 2 % (aqueuse chez l'enfant, alcoolique chez l'adulte) qui est bien tolérée.

CONCLUSION

Il faut toujours bien prendre en compte la notion que chaque cas est particulier : dans son contexte, son passé thérapeutique, et l'efficacité des traitements. La panoplie des traitements possibles peut sembler importante, mais en raison de la chronicité des lésions, des échecs thérapeutiques antérieurs, des effets secondaires, des intolérances, cette diversité n'est pas si grande en pratique. ■

SUMMARY Prescribe topical treatments for psoriasis.

Topical treatments are used in first intention for moderate forms. These treatments may be associated if necessary with systemic treatments. Dermocorticoids, vitamin D3 derivatives, and a retinoid (tazarotene) are the most used local treatments. Chlormethine is used sometimes, but a sensitisation occurs quickly. We must know that psoriatic skin is notably permeable and a systemic diffusion must be considered.

Rev Prat 2004 ; 54 : 40-42

RESUMÉ Prescrire les traitements locaux dans le psoriasis

Le psoriasis est d'abord traité par des topiques pour les formes modérées. Ces traitements peuvent être associés, si nécessaire, aux traitements généraux. Les dermocorticoïdes, les dérivés de la vitamine D3, un rétinol (tazarotène) sont les traitements locaux les plus utilisés. La chlorméthine est parfois utilisée, mais elle est rapidement responsable d'une sensibilisation. Il faut se souvenir que la peau psoriasique est particulièrement perméable, et donc qu'il existe un passage systémique non négligeable.

RÉFÉRENCES

- Ashcroft DM, Li Wan Po A, Williams HC, Griffiths CEM. Systematic review of comparative efficacy and tolerability of calcipotriol in treating chronic plaque psoriasis. Br J Dermatol 2000 ; 320 : 963-7.
- Asadullah K, Volk HD, Stevy W. Novel immunotherapies for psoriasis. Trends Immunol 2002 ; 23 : 47-53.
- Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. Br J Dermatol 2002 ; 146 : 351-64.
- De Jong EMG, Mork NJ, Seidger MMB et al. The combination of calcipotriol and methotrexate compared with methotrexate and vehicle in psoriasis: results of a multicentric placebo-controlled randomized trial. Br J Dermatol 2003 ; 148 : 318-25.
- Freeman AK, Linowski GJ, Brady C, Vanveldhuisen P, Swinger G, Lebwohl M. Tacrolimus ointment for the treatment of psoriasis on the face and intertriginous areas. J Am Acad Dermatol 2003 ; 48 : 564-8.
- Parier J, Dubertret L. Psoriasis du cuir chevelu. Ann Dermatol Vénereol 2002 ; 129 : 1405-7.